

11217.

58

2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

EMBARAZO ABDOMINAL DE TERMINO EN EL HOSPITAL
CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICANOS

TESIS DE POST - GRADO

Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECO - OBSTETRICIA

P r e s e n t a

DR. CARLOS ANTONIO MANRIQUE ADAME

ASESOR: DR. VICTOR MANUEL VAZQUEZ ZARATE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES Y DEFINICION	2
CLASIFICACION	3
INCIDENCIA	5
ETIOLOGIA Y FISIOPATOGENIA	8
CUADRO CLINICO	18
DIAGNOSTICO	22
TRATAMIENTO	27
COMPLICACIONES	37
MATERIAL Y METODOS	40
PRESENTACION DE UN CASO	41
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFIA	52

INTRODUCCION

El embarazo abdominal es una entidad clínica muy poco común, pero no por ello de la máxima importancia, por todas las implicaciones que lleva consigo y por las consecuencias graves que podrían presentarse en un tratamiento mal efectuado.

Las dificultades para establecer el diagnóstico oportuno se derivan principalmente de su rareza, lo que origina que -- difícilmente se tenga en mente ésta posibilidad diagnóstica, -- aún en personas que se dedican a el ejercicio de la gineco-obs-
tetricia, esto, además de que el cuadro clínico resulta en la -- mayoría de las veces poco específico, hace que la morbimortali-
dad para el binomio materno-fetal sea importante, dependiendo -- entre otras cosas de la edad gestacional alcanzada a la fecha -- del diagnóstico.

Si la posibilidad de que el embarazo ectópico abdomi-
nal se presente es rara, el que la gestación se desarrolle has-
ta el término lo es aún más, y extraordinario es que el produc-
to de la concepción se encuentre vivo en un embarazo de ésta na-
turaleza.

El haber participado en la atención de un caso de és-
tas características, es lo que motivó en mí, el tema de Embara-
zo Abdominal para su desarrollo en ésta tesis.

GENERALIDADES Y DEFINICION

El primer caso de embarazo ectópico descrito fué un embarazo abdominal, y ésto se ubica en el siglo X por Albucasis; se trató de un producto abscedado, roto espontaneamente y drenado por la pared abdominal. En América las primeras publicaciones sobre un caso operado de embarazo abdominal fué descrita -- por John Beard en 1759. (1)

Embarazo ectópico es aquella gestación que se implanta fuera de la mucosa que recubre la cavidad uterina (2), considerando que la palabra ectópico deriva del griego "ektopos" que significa fuera de lugar por lo que las distintas variedades -- que se podrán presentar son: Cervical, Ovárico, Tubario, en sus distintas localizaciones (intersticial, Istmico, Ampular) y Abdominal.

Embarazo abdominal es en sí, la localización del producto de la concepción dentro de la cavidad abdominal, ó sea en todo sitio cubierto por peritoneo, por lo que también se le han llamado embarazo peritoneal (3) y habitualmente consecutivo a -- un ectópico tubario, que posterior a haber sido abortado, continúa su evolución en la cavidad abdominal.

CLASIFICACION

Se divide a el embarazo abdominal en primario y secundario. Fué Studdiford en 1942, el que estableció los criterios necesarios para poder clasificar a el embarazo abdominal como primario y son las siguientes: 1. Presencia de ambas trompas de falopio y ovarios sin evidencia de trauma (normales); 2. Ausencia de fístula utero-peritoneal no existiendo la posibilidad de salida del huevo fertilizado a través de la cavidad; 3. Qué el embarazo no exceda de 12 semanas de gestación y cuya unión trofoblástica esté relacionada solo con la superficie peritoneal. - (2, 4, 5, 6).

Embarazo abdominal secundario es aquel en el cual la gestación se desarrolla inicialmente en la cavidad uterina, - - trompas de falopio u ovarios, y que posterior a una situación - que involucre la salida del huevo fecundado del sitio primario de implantación, continúa su desarrollo en la cavidad peritoneal mediante la ubicación en un sitio de ella que le permita sobrevivir. (2, 15)

Para establecer el diagnóstico de embarazo abdominal primario, deberán seguirse estrictamente los criterios de Studdiford, involucrandose algún procedimiento quirúrgico exploratorio antes de las 12 semanas de embarazo. Han sido muy pocos - -

los casos publicados de embarazos abdominales primarios, debido quizá a que el momento en que se efectúa el diagnóstico de embarazo abdominal es posterior al primer trimestre de gestación y a que las condiciones de factibilidad son más propicias para un embarazo abdominal secundario, posterior a un aborto tubario.

Existe además una rara forma de embarazo abdominal secundario, la cual es posterior a un embarazo intrauterino que se transforma en extrauterino debido a una ruptura del utero en una cicatriz antigua. (7, 8)

INCIDENCIA

La frecuencia de embarazo abdominal es muy variable según las distintas estadísticas, y esto depende de varios factores, principalmente por la falta de uniformidad en la información proporcionada en los datos, y así tenemos que algunos autores calculan su frecuencia sobre el número global de partos, -- igual que fue calculado por nosotros, sin embargo existen otros autores que lo hace sobre el número de ingresos al hospital, -- otros sobre el número de nacidos vivos, etc... además que el -- factor coincidencia influye en todo análisis estadístico que -- incluya estudios retrospectivos, como es el caso nuestro.

La incidencia a nivel mundial de embarazo ectópico versus embarazo normal es de 1:300 aproximadamente, sin embargo deberá tomarse en cuenta distintas variables al analizar ésta incidencia, por ejemplo, el factor racial hace que en Baltimore se presente una gestación ectópica por cada 200 embarazos en mujeres blancas, y una por cada 120 en mujeres negras o sea una diferencia significativa; considerando la elevada frecuencia de enfermedad inflamatoria pélvica entre las mujeres de raza negra como causa de ello. (2)

De las gestaciones ectópicas aproximadamente el 95% son tubarias y de 1 - 2% son abdominales.

A continuación señalo la frecuencia de ésta rara entidad obstétrica según distintos autores.

Sanda.....	Valencia, Venezuela	1:8411
Renaud.....	Abidjan	1:2792
Dibene Geraldo.....	México, Hosp. Mujer SSA	1.8:10,000
López Ortiz.....	H.G.O. 3 IMSS	1:13,020
Beacham.....	Nueva Orleans EUA	1:3161
Gordillo Fernández.	H.G.O. 2 IMSS	1:24,709
Hosp. Central Nor- te PEMEX.....		1:19,994

En la literatura mundial se acepta la proporción entre embarazos normo-insertos y abdominales de 1:15000 (Nash, - Departamento de Obstetricia del Guy's Hospital de Londres, Inglaterra) señalando además éste autor que la proporción de embarazo abdominal a término con producto vivo es no mayor de -- 1:250000 embarazos (9), siendo ésta otra de las razones por -- las que decidí éste tema para tesis, ya que el caso nuestro -- fue de éstas últimas características.

En el Hospital Central Norte de Petroleos Mexicanos - la incidencia de embarazo ectópico es de 1:97 partos, siendo - esencialmente embarazos tubarios, y el caso de embarazo abdo

minal de término que nos ocupa es el primero que se presenta - hasta el 19 de noviembre 1983, llevandonos ésto a una proporción de 1:19,994 partos.

ETIOLOGIA Y FISIOPATOGENIA

Las causas a que se atribuye el embarazo abdominal están íntimamente ligadas a las que condicionan la gestación ectópica, y se clasifican en dos grupos principalmente.

1. Factores que retardan ó impiden el paso del huevo fecundado hacia la cavidad uterina.
2. Factores inherentes a el embrion. (2)

Dentro del primer grupo podemos incluir factores maternos, siendo éstos esencialmente los más importantes. La obstrucción parcial de la trompa de falopio ya sea por causas intrínsecas o extrínsecas participa las más de las veces en el fenómeno, no solamente por la obstrucción mecánica que representa, sino además por los trastornos que provoca en la actividad ciliar y el peristaltismo tubario, de fundamental importancia en el transporte del huevo, siendo las principales causas de éstas situaciones las salpingitis ya sea agudas ó crónicas, que producen una serie de modificaciones anatomo-estructurales de las trompas que pueden alterar la relación tubo-ovárica, por acodaduras, dilataciones, anfractuosidades, etc. ó bien alterando la fisiología tubaria ya señalada, que es considerada actualmente de máxima importancia en la génesis de las gestaciones extrauterinas.

Las principales infecciones tubarias son por gonococo y bacilo tuberculoso, siendo de importancia señalar que aún curadas adecuadamente, éstas infecciones dejan modificaciones tubarias-estructurales difíciles de manejar y muchas veces son alteraciones definitivas, principalmente por cicatrización y fibrosis, lo cual favorece obstrucciones parciales. (10, 2)

Otras causas maternas relacionadas con factores tubarios son las anomalías de las trompas de falopio congénitas, especialmente divertículos y orificios accesorios (11), cirugias-tubarias previas, ya sea recanalización de trompas, tratamientos quirúrgicos conservadores en el embarazo tubario no roto, adherencias extrínsecas posteriores a peritonitis, trasplantes - de riñón, diverticulitis, tumores pélvicos, endometriosis problemas asociados al uso del dispositivo intrauterino (12), y -- quizás factores hormonales aún no completamente corroborados, - trompas largas y flexuosas, etc.

Dentro de las causas maternas también se encuentran -- las relacionadas con el factor uterino como que puede favorecer la gestación ectópica, por ejemplo, modificaciones endometria--les por cáusticos utilizados con fines abortivos, síndromes de Asherman, cicatrices uterinas posteriores a histerotomías, miomectomías, etc.

Dentro del segundo grupo que incluye los factores inhe

rentes al embrión se han hecho estudios desde principios de este siglo por Mall en los cuáles señala que al igual que en los abortos espontáneos, los embarazos ectópicos pueden tener malformaciones, estas observaciones han sido revaloradas posteriormente en 1970 por Stratford quién encontró que el 64% de 44 embarazos extrauterinos tenía malformaciones, y Poland en 1976 estudiando el patrón cromosómico con 16 casos de gestación ectópica encontro que 5 eran notablemente anormales. (13, 14)

Otras condiciones propias del huevo involucradas en la gestación ectópica, han sido el que prematuramente alcance un tamaño mayor y de esta forma se le impida una adecuada progresión a través de las trompas en su transporte a la cavidad uterina, otro factor ovular también señalado ha sido el de un mayor poder de invasividad del trofoblasto inicial, lo cuál favorecería la implantación antes del tiempo en que normalmente llegaría a la cavidad uterina. (16)

Otras causas también relacionadas con las gestaciones ectópicas han sido la migración externa del huevo fecundado, esto se ha basado en la observación de que en numerosas ocasiones el cuerpo lúteo gravídico ha sido encontrado en posición contralateral al embarazo tubario (Barlind 1960).

Otras consideraciones etiológicas han sido factores -- masculinos relacionados con espermatozoides, y alteraciones fun-

cionales en la regulación neurovegetativa de la motilidad tubaria durante el transporte del huevo. (16)

Kaser a cuestionado el papel etiológico de las malformaciones estructurales del huevo en la génesis del embarazo ectópico, ya que él señala como discutible el hecho de que se encuentre en los embarazos tubarios anomalías del huevo con una frecuencia superior a la de los casos de abortos intrauterinos (Schade, 1963).

Los métodos morfológicos y experimentales de exploración y estudio que se dispone actualmente, no permiten asegurar de antemano hasta que punto son iguales o desiguales en cada óvulo fecundado la energía y fuerza para su posterior desarrollo.

Dentro de la patogenia del embarazo abdominal ya han sido señalados los criterios usados para considerarlo como primario (Studdiford), siendo extremadamente raro esta condición a tal grado que muchos autores han dudado su existencia, partiendo de estas consideraciones ha sido que la mayoría de los casos publicados correspondan a implantaciones secundarias posterior- ha haber iniciado el desarrollo gestacional en trompas de Falopio y para fines de clasificación siendo tomado en cuenta el sitio de implantación placentaria (Clark, Guy):

1. Aborto secundario a embarazo tubario; 2. Ruptura -
secundaria a embarazo tubario; 3. Secundario a ruptura ó perfo-
ración de utero.

En cuanto al primer grupo, ó sea el aborto tubario, el
sitio de implantación placentaria se localiza en la parte pos-
terior del utero o en el fondo de saco de douglas, pudiendo lle-
gar la gestación hasta el término.

En el segundo grupo en base al mismo estudio de los au-
tores Clark y Guy del Hospital Freeman Washington DC, la placen-
ta se localiza habitualmente en el fondo del utero o en la por-
ción superior de la trompa, pudiendo extenderse la implantación
placentaria a vejiga, epíplón, mesenterio ó cualquier viscera -
de la cavidad abdominal, siendo en éste grupo el utero despla-
zado posterior y hacia abajo, por lo que las dificultades diagnós-
ticas por clínica son grandes en éste grupo.

Finalmente en el tercer grupo, la gestación abdominal-
se desarrolla teniendo como sitio de implantación placentaria -
la cavidad uterina ó alrededor del sitio de la perforación, pu-
diendo la gestación al igual que en los otros dos grupos llegar
al término.

Novak no comparte los enunciados de la clasificación -
anterior, señalando que la placenta, una vez que se ha sucedido

la ruptura tubaria, todavía fijada a la trompa emerge cada vez más, para seguir creciendo fuera de ella; por último toda la -- placenta se separa de la luz del oviducto y continúa creciendo exteriormente en la superficie peritoneal, pudiendo incluso llegar al término, aunque es raro que tal suceda.

La mayoría de los embarazos abdominales avanzados, son secundarios a una gestación que originalmente ocurrió en la -- trompa de falopio, y solo muy ocasionalmente dentro del utero, -- dado que no podría asegurarse el que fuera primario, porque una de las condiciones para su diagnóstico como tal, es que se haga antes de las 12 semanas de gestación. (17, 4, 5)

Hasta antes de las publicaciones de Studdiford en 1942 y más recientemente Cavanagh, la existencia del embarazo abdominal primario era difícil de aceptar y por lo tanto las consideraciones sobre su fisiopatogenia se ubican posterior a sus publicaciones, siendo una de las más aceptadas la que explica que si bien la fertilización intratubaria con reflujo del huevo fecundado puede ocurrir, es más fácil que un óvulo maduro que viene fertilizado en la cavidad abdominal, puede haberse deslizado al entrar al ostium de la trompa. (5)

Una vez que el embarazo ha sido ubicado en la cavidad abdominal, su desarrollo dependerá fundamentalmente de un adecuado apoyo nutricional, y es por eso que de la capacidad que se --

tenga para continuar su desarrollo en un sitio con suficiente vascularización, será que el embarazo llegue a una edad gestacional de término.

Un sitio de implantación secundaria frecuente es el - - epiplón, y ello se ha relacionado por su propiedad para englobar a la fimbria o trompa sangrante de la cual es expulsado el huevo fecundado; y partiendo también de ésta explicación Cavanagh encontró una razón por la cual se entendiera la presencia de embarazos tempranos en la parte superior del abdomen, debido a la transferencia que el epiplón pudiera hacer del huevo fecundado hacia otros sitios. En la literatura inglesa, Friederich, 1968, señala también éste mecanismo de transferencia a otros órganos via del epiplón. (6)

Así como resulta convincente la teoría de una implantación tubaria y posteriormente peritoneal, para explicar el embarazo abdominal secundario, han sido propuestas distintas explicaciones para la implantación primaria peritoneal, por ejemplo la propuesta de Iffy, de una ovulación tardía, aunado a la menstruación retrógrada, favoreciendo una implantación fuera del -- utero (18). Horne en sus estudios demostró la presencia de espermatozoides móviles en el líquido peritoneal obtenido del fondo de saco un día después del coito, lo cual podría favorecer una fecundación-nidación en la cavidad abdominal en forma primaria.

Estas posibilidades teóricas, han sido basadas en experimentación animal en la cual se ha observado que el ovulo, inmediatamente posterior a la ovulación, puede caer al fondo de -saco y si tomamos en cuenta que en éste lugar puede existir es-perma activo, la fertilización podría llevarse a cabo en éste -lugar y posteriormente ser tomado por la fimbria, para su conse-cuente transporte a la cavidad uterina, éstas últimas posibilidades respecto al transporte han sido demostradas por Decker y Masukawa, éste último autor al haber recuperado microesferas de plástico en vagina después de que ellas fueron colocadas en fon-do de saco durante una laparotomía. (10)

Como ya ha sido señalado para que el embarazo abdominal pueda llegar a una edad gestacional avanzada, tendrá que pro-veerse adecuadamente de sangre, situación ésta que es poco habi-tual, por lo que los reportes de embarazo abdominal, se situan-generalmente alrededor de la mitad del embarazo en base al desa-rrollo embrión-fetal alcanzado, ésta frecuencia está intimamen-te ligada con dos aspectos: 1. El que establece que el embrión-abortado de tuba a cavidad peritoneal, no está en las mejores -condiciones para continuar su desarrollo en otro sitio, y 2. El que no siempre el sitio de implantación abdominal es adecuado -para favorecer el desarrollo gestacional ulterior.

Independientemente del sitio ectópico en que se desa- rrolle la gestación el endometrio presenta ciertos cambios glan

Estas posibilidades teóricas, han sido basadas en experimentación animal en la cual se ha observado que el ovulo, inmediatamente posterior a la ovulación, puede caer al fondo de saco y si tomamos en cuenta que en éste lugar puede existir espermatozoides activos, la fertilización podría llevarse a cabo en éste lugar y posteriormente ser tomado por la fimbria, para su consecuente transporte a la cavidad uterina, éstas últimas posibilidades respecto al transporte han sido demostradas por Decker y Masukawa, éste último autor al haber recuperado microesferas de plástico en vagina después de que ellas fueron colocadas en fondo de saco durante una laparotomía. (10)

Como ya ha sido señalado para que el embarazo abdominal pueda llegar a una edad gestacional avanzada, tendrá que proveerse adecuadamente de sangre, situación ésta que es poco habitual, por lo que los reportes de embarazo abdominal, se sitúan generalmente alrededor de la mitad del embarazo en base al desarrollo embrión-fetal alcanzado, ésta frecuencia está íntimamente ligada con dos aspectos: 1. El que establece que el embrión abortado de tuba a cavidad peritoneal, no está en las mejores condiciones para continuar su desarrollo en otro sitio, y 2. El que no siempre el sitio de implantación abdominal es adecuado para favorecer el desarrollo gestacional ulterior.

Independientemente del sitio ectópico en que se desarrolle la gestación el endometrio presenta ciertos cambios glandulares

dulares, los cuales fueron inicialmente descritos por Sturgis y posteriormente Arias-Stella, éstos cambios se caracterizan por crecimiento celular con hiperchromatosis significativa, pleomorfismo y actividad mitótica, tendencia celular a perder la cubierta, de tal manera que los nucleos caen dentro de la luz glandular y forman una imagen microscópica generalmente de tipo neoplásico (19, 20). Estos cambios suelen ser focales y coexisten con modificaciones deciduales del estroma y glandulas hipersecretorias, aunque ésto no siempre ocurre. La frecuencia de la reacción de Arias-Stella como se le conoce, es muy variable, teniendo un rango de 5 - 75% dependiendo del laboratorio; se ha observado en época tan temprana como 22 días después de la última regla, sin embargo existen muchas dudas respecto a saber hasta que etapa del embarazo puede presentarse o cuanto puede persistir después de morir el feto, según Novak ésta reacción es raramente manifiesta después de las 14 - 16 semanas de embarazo, quizá debido al agotamiento glandular, y que no persiste más de 4-6 semanas después que el feto ha secumbido. (2)

En algunos casos de embarazo ectópico llega a ser expulsado vaginalmente un molde decidual, producto de la estimulación endometrial ya señalada y generalmente como significado de la muerte del embrión. En el embarazo abdominal que pasa de las 14 - 16 semanas éstos cambios al igual que la reacción de Arias-Stella suele no ocurrir por lo ya enunciado.

Cuando el producto de la gestación abdominal no puede continuar su desarrollo y muere, desencadena una serie de reacciones en el organismo materno, actuando como cuerpo extraño, -procediendo inicialmente a deshidratarse, momificarse o bien --calcificarse, formando lo que se conoce con el nombre de litopedion, pero si el proceso de calcificación involucra solamente -estructuras ovulares, se le llama litoquelifos; y si se calcifica tanto las envolturas como el producto, entonces es un lito--quelifopedion. (16)

CUADRO CLINICO

Habrá que considerar siempre los signos y síntomas -- propios de un embarazo normal, ésto es, primero deberá efectuarse el diagnóstico de embarazo y posteriormente serán los datos clínicos que acompañan a una gestación ectópica; retraso de la menstruación de 7-14 días, generalmente seguida de ligera hemorragia vaginal, ocasionalmente puede evidenciarse ésta hemorragia como un período menstrual anticipado, la amenorrea se prolongará tanto como el embarazo ectópico sea capaz de llegar al término.

Es de importancia señalar que las manifestaciones clínicas del embarazo abdominal en su inicio son en su mayor parte las de un embarazo abdominal secundario a implantación tubaria, ya que el embarazo abdominal primario cursa en forma silenciosa por las características ya referidas de su inicio.

El dolor es síntoma precoz y de intensidad variable, -- generalmente ubicado en el lado pélvico afectado, una vez que -- se sucede el aborto o ruptura tubaria, el grado de dolor es mayor pudiendo inclusive llegar al estado de síncope, ésto como -- resultado de la reacción peritoneal producida por la salida de -- sangre procedente de la trompa afectada, puede incluso llegar -- a manifestarse dolor en hombro derecho a causa del reflejo dia-

fragmático que causa la sangre libre en la cavidad peritoneal; habitualmente las características del dolor en el futuro embarazo abdominal no son intensas, quedando unicamente como "sensación de molestia". (2)

Los signos subjetivos de embarazo como nauseas matutinas, mastalgia, etc. son dificilmente diferenciables de una gestación normal.

La temperatura suele modificarse levemente dependiendo principalmente del grado de hemoperitoneo.

El examen del abdomen suele ser completamente negativo o causar a nivel del bajo vientre un ligero aumento en la sensibilidad, más evidente por lo general en un lado; el crecimiento uterino es un dato poco perceptible en el primer trimestre como elemento clínico de diagnóstico, adquiriendo el examen pélvico una importancia mayor conforme el embarazo prosigue al segundo-trimestre, ubicandose ya en alguna parte de la cavidad peritoneal, ya que para entonces es mas facilmente indentificable que el crecimiento uterino no corresponde clinicamente al esperado para la amenorrea, el foco fetal ya perceptible, suele ser encontrado y sobre todo escuchado con mayor claridad, sin llegar a ser éste un dato de máxima importancia. (10)

En la segunda mitad del embarazo y especialmente en el

último trimestre, se obtiene mayor información para el diagnóstico de la gestación abdominal especialmente cuando se piensa en ella; no suelen ser referidas contracciones de Braxton-Hicks, se palpa con mucha facilidad las partes fetales y habitualmente con un producto en situación anormal, generalmente es transversa, son señalados síntomas gastrointestinales en grado mayor a lo común, y en la mujer múltipara es señalado como que "éste embarazo no va bien" (8, 16) y al examen físico-genital es posible palpar con cierta facilidad a través de los fondos de saco las partes fetales.

Algunos autores como Dixon y Stewart señalan el valor diagnóstico de un soplo vascular materno de mayor intensidad que el soplo uterino normal, y que se localiza medialmente a la espina ciática del lado en que se encuentra ubicada la placenta. El soplo procede de los vasos ováricos dilatados e hipertrofiados que irrigan la placenta anormalmente situada, éste signo esta presente solo con producto vivo. (21, 8)

Otro dato importante es el de trabajo de parto falso en embarazos abdominales avanzados, esto por razones obvias, -- siendo esto en parte el planteamiento para la prueba diagnóstica de la oxitocina que será comentada en diagnóstico.

Es de fundamental importancia que ante la sospecha clí

nica de embarazo abdominal, se recurra a todos los procedimientos diagnósticos disponibles para confirmar o descartarlo, ya que la morbimortalidad para el binomiomaterno-fetal es considerable, más aún cuando el embarazo sea de término o cerca de él; de un oportuno diagnóstico dependerá la mayor probabilidad de éxito en su manejo.

"Solo el que piensa en el diagnóstico, puede llegar a él".

DIAGNOSTICO

Hasta hace algunos pocos años de los principales elementos diagnósticos eran la famosa prueba de la estimulación -- con oxitocina y la exploración física, dentro de ésta última -- por medio de la palpación abdominal los datos que habitualmente se encuentran son; situación anormal del feto, a menudo en situación transversa u oblicua, una mayor facilidad para palpar las partes fetales, sin ser éste un dato de mucha ayuda tal y como lo señala Williams, ya que ésta posibilidad puede encontrarse en embarazos intra uterinos de mujeres multíparas y delgadas, el cervix generalmente se encuentra desplazado, dependiendo en parte de la situación fetal, al igual que el utero, especialmente éste ultimo en base a el sitio de implantación placentaria, ejemplo ubicación en el ligamento ancho, pared posterior del utero, fondo de saco etc.. y la posibilidad de poder palpar con cierta facilidad partes fetales o identificar el polo cefálico en ocasiones, todo esto a través del fornix. (8)

En cuanto a la prueba de estimulación con oxitocina -- Cross y colaboradores en 1951 establecieron su utilidad para el diagnóstico de embarazo abdominal, esto es si no existia la -- evidencia de actividad uterina detectada, utilizando un manómetro aplicado a la pared abdominal materna sobre el producto de la concepción, mientras se usaba la infusión intravenosa de oxi

tocina a dosis altas.

Hertz y cols, en 1977 no detectaron actividad uterina -- llegando a utilizar hasta 50 miliunidades por minuto de oxitocina intravenosa, pero interesantemente señalan que si el utero -- se encuentra anterior, como el caso en que la implantación pla-- centaria sea en su cara posterior, puede existir cierta respues-- ta uterina a la oxitocina, por lo deberá tomarse en cuenta ésta posibilidad y no incurrir en falsas conclusiones de embarazo intrauterino (22) como el caso descrito por Orr y asociados en -- 1979, en el cual en dos ocasiones fue iinterpretado como negati-- va la prueba, por la percepción de contracciones uterinas, y -- una semana después de la última prueba falleció el producto, -- percibiendo durante la laparotomía que el utero se encontraba -- anterior a el feto como ya se ha referido. (23).

En México, Castelazo Ayala en 1965, describe la utili-- dad de la prueba de oxitocina, administrando 1-2 unidades de -- oxitocina en solución glucosada a goteo lento, mientras se pal-- pa cuidadosamente la masa abdominal por un mínimo de 30 minutos, esperando a palpase las contracciones uterinas facilmente a -- partir de los 3 minutos de haber iniciado la infusión intraveno-- sa en caso de producto intrauterino, sin embargo no en todos -- los casos es posible percibir esta respuesta tan tempranamente, por lo que deberá continuarse por los 30 minutos referidos, la prueba es de valor si la contracción resulta claramente identifica--

da. (16)

Otros recursos diagnósticos utilizados han sido la localización placentaria por medio de isotopos, lo cual ha resultado útil solo cuando ubica la placenta en el sitio apropiado - para un embarazo intrauterino, ya que ha habido grandes discrepancias en cuanto a la localización del sitio de implantación - en otros sitios (Pritchard).

Los estudios radiográficos son también de utilidad para el diagnóstico de embarazo abdominal, como la utilización de material radiopaco en utero, en el cual se puede demostrar claramente cuando el feto se encuentra fuera del mismo, sin embargo éste procedimiento no está exento de riesgos en los casos de feto in utero, especialmente cuando está vivo.

Las placas simples de abdomen arrojan algunos datos de importancia, como situación fetal, ausencia de contorno uterino; en la placa lateral con paciente en decúbito dorsal y utilizando el rayo en forma tangencial puede investigarse el signo de - Weinberg, que es la superposición de las partes fetales en la - columna lumbar materna, además con las radiografías deberá buscarse malformaciones congénitas, ya que ellas son relativamente frecuentes asociadas a embarazo abdominal. (24)

Mas recientemente la ultrasonografía ha aportado valio

sa información diagnóstica, especialmente cuando existe la sospecha clínica, demostrando mediante este estudio la presencia de un útero vacío utilizando su relación con la vejiga, ausencia de miometrio alrededor del feto, posiciones fetales poco usuales, una definición placentaria pobre y oligohidramnios relativo; éstos hallazgos serán de mayor precisión conforme mejor sea la resolución técnica del aparato usado, aunado a la experiencia gineco-obstétrica del operador. (25)

Bajo el mismo principio de la prueba de estimulación con oxitocina han sido utilizadas las prostaglandinas F2 alfa intramuscular y la E2 en supositorios vaginales, permitiendo esto el diagnóstico correcto incluso en casos de no haber sido diagnosticados con la prueba de la oxitocina, el tiempo que se utiliza para su valoración es hasta de 36 horas (Hersh Bolognese); otros autores como Golbus 1976, han utilizado las prostaglandinas vía intraamniótica con buenos resultados. (26)

El diagnóstico diferencial deberá ser siempre encaminado a descartar la presencia de gestación intrauterina, tumoración pélvica, embarazo en útero con malformaciones, y en base a los episodios de sangrado deberá descartarse como posibilidad diagnóstica placenta previa y abruptio placentae.

Finalmente es de señalar que los estudios radiológicos cuando se decida su utilización, deberán ser aplicados a partir

del segundo trimestre de la gestación ya que antes de este tiempo resulta riesgosa su utilización.

Hasta el momento no existe un estudio hormonal o de laboratorio general de mucha utilidad para el diagnóstico de embarazo abdominal y deberán ser solicitados como parte de la valoración general de la paciente en estudio y no como fin diagnóstico específico.

TRATAMIENTO

Como se ha descrito hasta aquí la importancia de un diagnóstico oportuno es definitiva, pero es igual o quizá de mayor importancia aún que las medidas terapéuticas sean correctamente dirigidas, ya que la morbimortalidad materno-fetal en gran parte esta representada por la intervención quirúrgica o de las complicaciones que de ella resultan; la literatura médica no es extensa en cuanto a éste importantísimo factor que es el tratamiento, debido quizá a lo poco frecuente de su presentación.

Es motivo aún de controversia el momento en que deberá efectuarse la intervención quirúrgica, ya sea con producto vivo o muerto, y la decisión de dejar o no la placenta in situ posterior a la extracción fetal. El acuerdo general es en que la resolución de el caso es quirúrgico, y que de las principales causas de morbimortalidad materna es la hemorragia intraperitoneal, producto del desprendimiento placentario y la falta de constricción vascular que fisiológicamente ocurre en el embarazo intrauterino.

En la literatura nacional al respecto, ha sido descritas dos conductas terapéuticas distintas, la del Dr. Fuentes Aguirre y la del Dr. Castelazo Ayala.

Fuentes Aguirre señala que el tratamiento quirúrgico - una vez hecho el diagnóstico de embarazo abdominal deberá efectuarse sin esperar a que el producto de la gestación llegue al término, tomando en cuenta todos los peligros tanto maternos como fetales que lleva el embarazo a término en éstas condiciones, fundamenta su decisión de operación prematura en lo siguiente: - El producto de éstos embarazos por desarrollarse libremente en la cavidad abdominal, se desarrolla en dimensiones mayores que el intrauterino, así que después de los 7 meses de embarazo son productos con peso suficiente para vivir en el exterior, el mismo crecimiento mayor de el producto trae molestias de compresión a los órganos maternos, que en muchos casos pondrán en peligro la vida de la madre. El desprendimiento placentario la mayoría de las veces se presenta hasta el término del embarazo, - con el peligro de muerte materno-fetal, no así cuando se interviniera precozmente. Otro factor y quizá el de mayor importancia, es que no esperando el término del embarazo se podrá intervenir con todas las ventajas de una operación programada, sin precipitaciones, emergencias y errores que se cometen cuando -- una o dos vidas en su caso están en peligro.

Castelazo Ayala señala la importancia de establecer en el embarazo abdominal cuando el producto está vivo, ya que la conducta terapéutica va a modificarse dependiendo de ésta condición. Si el producto está vivo y el embarazo tiene 6 ó 7 semanas, no hay ningún inconveniente en dejarlo para que el produc-

to llegue a su viabilidad, señalando que en éste caso no deben-operarse a menos que ocurra algún accidente, que es poco frecuente según sus observaciones, de tal manera que el embarazo abdominal debe dejarse continuar hasta obtener la viabilidad -- del producto y cerca del término.

En caso de diagnósticar un embarazo abdominal con producto muerto, que es lo mas frecuente, si la muerte fetal es reciente se aplaza la operación de 1 - 3 meses, con el objeto de que los vasos maternos que nutrian a la placenta se vayan reduciendo y obliterando a medida que avanza la necrobiosis placentaria, de ésta manera cuando se realice la operación se podrá -- despegar la placenta sin peligro de hemorragia grave. Si la -- muerte fetal ocurrió verios meses atrás, se podrá efectuar la -- operación extrayendo todos los productos de la concepción.

Schaw y Nichols no justifican una conducta expectante-hasta la viabilidad fetal, ya que en el embarazo abdominal existe un mayor índice de malformaciones congénitas incompatibles -- con la vida, además de que al progresar el embarazo las complicaciones maternas son frecuentes y la posibilidad de desprendimiento placentario está latente. Ellos toman la misma conducta en caso de feto muerto, ésta misma decisión es seguida por muchos autores entre los que se encuentran Beacham, Bastman, -- Hellman, Moore, ... Sin embargo la escuela francesa establece -- que la actitud del cirujano debe ser electiva, ya que señalan --

como lógico que se proponga la intervención hasta que el feto sea viable si éste es particularmente valioso y si no existen radiológicamente malformaciones visibles. Además si el embarazo es bien soportado por la paciente y su estado general es satisfactorio, también puede posponerse, es decir tratar de alcanzar el justo medio.

Henderson y Wilson señalan una casuística de 4 pacientes tratadas con una conducta conservadora hasta el término, obteniendo 4 productos vivos que sobrevivieron y establecen que las complicaciones de hemorragia intraperitoneal al término de la gestación son raras, inclusive con extracción de placenta en el mismo tiempo quirúrgico. (10)

Hreschchyshyn y cols, esperan 4 - 6 semanas posterior a muerte fetal para efectuar la intervención quirúrgica, esperando los fenómenos de la involución circulatoria placentaria y favorecer una ablación de la placenta con menor riesgo de hemorragia.

Williams establece respecto a la conducta terapéutica, que la operación puede precipitar una hemorragia violenta, por lo que es obligado disponer por lo menos de 2000 ml de sangre compatible en la sala de operaciones, además de contar con mayor cantidad de sangre en el banco respectivo. Como cuidado pre-operatorio deberá contarse con dos vías de infusión intrave

nosa que permitan administrar grandes volúmenes de líquidos en caso necesario durante la laparotomía, al mismo tiempo deberá contarse con un sistema de presión venosa central y cateterización vesical para monitorizar adecuadamente la función circulatoria.

Cuando el tiempo lo permita deberá prepararse el intestino con agentes antimicrobianos, ya que a menudo la placenta se encuentra íntimamente adherida a éstas estructuras. (8)

La hemorragia masiva que a menudo ocurre con el curso de la operación por embarazo abdominal, esta relacionada con la falta de constricción de los vasos hipertrofiados durante la separación placentaria, por lo que algunos autores han adoptado la conducta de esperar a que el feto muera esperando involución vascular a nivel de la inserción placentaria, sin embargo - - Williams establece que ésta conducta puede resultar peligrosa - ya que la separación placentaria con hemorragia severa puede -- ocurrir en éste lapso de espera o aún en caso de feto muerto -- con semanas de anticipación, por éstas razones es que su conducta es que la operación está indicada tan pronto como el diagnóstico ha sido establecido.

Hasta ahora ha sido analizado el momento adecuado para la intervención quirúrgica, pero no menos importante es la actitud a tomar respecto al manejo de la placenta y la técnica qui-

rúrgica a emplear, que será lo que se describirá a continuación.

Castelazo Ayala señala que cerca del término con pro-- ducto vivo se realiza laparatomía, al llegar a peritoneo se encuentra inmediatamente la membrana corial la cual se abre al -- igual que la amniótica, procediéndose a la extracción fetal, -- respecto al manejo de placenta señala que en éstos casos no va ha haber las ligaduras vivas de Pinard como en el utero al ex-- traer la placenta y refiere que la conducta anterior era el ha-- cer una canalización tipo Mikulicz, que consiste en aplicar so-- bre la herida abdominal una compresa, la cual se va metiendo a través de la herida y se va adheriendo a toda la pared del hue-- vo de tal manera que mediante ésta comprensión se inhiba la he-- morragia; bajo ésta técnica podría dejarse la herida abierta -- parcialmente, dejando ésta canalización por un tiempo grande, -- incluso meses pretendiendo que la placenta y las membranas que-- hubieran quedado se necrosen y se elimnen a través de ésta ca-- nalización enforma paulatina, sin embargo, con éste procedimien-- to el pos-operatorio duraba mucho tiempo y era sumamente difícil para ellas, por lo que contando con adelantos médico-quirúrgi-- cos y antibióticos, lo que debería hacerse es liberar o despe-- gar la mayor parte de las membranas que sea posible (son avascu-- lares y no dejan vasos abiertos en las visceras en que están en contacto) se liga el cordón umbilical al ras de la placenta y -- se cierra la pared abdominal dejando adentro la placenta y lo -- que quedó de membranas, la placenta sigue entonces un proceso --

de necrobiosis aséptica y se va reabsorbiendo. Estas mujeres - en la experiencia de Castelazo Ayala pueden estar en mejores -- condiciones, tienen un post-operatorio mas feliz y al cabo de - 1 - 2 meses de haber tenido pequeñas molestias, recuperan per-- fectamente su estado normal. Unicamente acepta la extracción - placentaria en el caso de que está insertada completamente en - el epiplón mayor, resecaando entonces el epiplón con todo y pla- centa.

Urrutia y cols en Chile, refiere que cuando la placen- ta se encuentra localizada a utero o trompas, se debe ligar el- ligamento infundibulo-pélvico, sobre todo en caso de dificulta- des transoperatorias que requieran de una cirugía más amplia. - (27)

Williams respecto al manejo de la placenta, establece - que debido al riesgo de hemorragia durante la extracción, debe- rá estarse seguro de que puedan ser ligados efectivamente los - vasos sanguíneos a los que está comunicada la placenta antes de intentar su ablación. Sin embargo establece que es mejor evi- tar una exploración innecesaria respecto a la inserción placen- taria, ya que durante éste procedimiento pueden ocurrir hemorra- gias severas. En general deberá extraerse el producto y el cor- dón umbilical ligarse lo mas cerca posible de la placenta. De- safortunadamente el dejar la placenta in situ, produce una se- rie de complicaciones que deberán tenerse en cuenta durante su

vigilancia posterior, como son entre otras: infección, abscesos, adherencias, obstrucciones intestinales, dehiscencias de herida, coagulopatías, etc. sin embargo señala que es menos grave la -- conducta conservadora respecto al manejo de la placenta, que el intentar extraerla en el primer tiempo quirúrgico, sin descar-- tar que debido a las complicaciones referidas sea necesario una nueva laparotomía para la extracción definitiva de la placenta-- aunque con menor morbilidad que de primera intención.

Respecto a la técnica quirúrgica Fuentes Aguirre en Mé-- xico recomienda: 1. posición de la paciente, decúbito dorsal, 2. anestesia, de preferencia bloqueo peridural, aunque señala -- que deba ser finalmente el anestesiólogo quien decida el me-- jor procedimiento anestésico para cada caso, unicamente con la-- salvedad de no usar barbitúricos en la pre-anestesia por el - - riesgo de afeción fetal al centro respiratorio, 3. incisión, - vertical, media infra y supraumbilica, colocación de segundos - campos, cambio de bisturí para incidir tejido celular subcuta-- eno, colocación de separadores, extracción del producto con li-- gadura del cordón cercano a la placenta, 4. respecto al manejo-- placentario, recomienda localizar el sitio de implantación, ayu-- dándose con compresas húmedas en suero caliente para evitar - - irritar visceras, y dependiendo de la localización placentaria-- su extracción, si se trata de viscera hueca o cara inferior de hígado se deja, y solamente se extrae en un primer tiempo qui-- rúrgico si su sitio de implantación lo permite sin riesgo de he

morragia mayor, por ejemplo ligamento ancho, o exclusiva en epíplón mayor, y al cerrar cavidad no deja canalizaciones, ya que en base a la experiencia de la técnica de Mickulicz los fracasos eran muchos, sus demás detalles técnicos incluyen lo ya mencionado por Williams (disponibilidad de sangre, canalizaciones-intravenosas adecuadas, etc.)

El Dr. Torreblanco señala la utilidad de los isotopos-radiactivos para la localización placentaria en forma preoperatoria, y de ésta forma decidir la mejor táctica quirúrgica, esto basado en su experiencia en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE en México.

Ware reportó en 1948 que la placenta que permanecía in situ posterior a la extracción fetal, podría mantener su capacidad de producción de gonadotropinas coriónicas hasta 35 días -- posteriores a la laparotomía, observación ésta que ha sido confirmada por otros autores y quizá bajos éstos hallazgos de actividad placentaria, surgió la utilización de drogas antitrofolisto para favorecer la reabsorción placentaria que queda in situ (28), y es así que se ha utilizado el methotrexate (Clair, Wheeler), sin embargo la experiencia hasta el momento actual, con éste tipo de manejo aún es poca, y existen ya publicaciones en las que desaconsejan su uso, ya que la rápida destrucción de la placenta abdominal conduce a la acumulación de gran cantidad de tejido necrótico y proporciona un buen medio de crecimiento-

de colonias bacterianas. La degeneración tiene lugar mucho más lentamente en las pacientes no tratadas, permitiendo la reabsorción sin complicaciones serias (29).

COMPLICACIONES

La principal complicación que se presenta está dada -- por la hemorragia intrabdominal, que se presenta posterior a la extracción fetal y está condicionada fundamentalmente por la -- falta de obliteración de los vasos que nutren por el lado mater no a la placenta y que al no presentarse en el embarazo abdominal, hace que el sangrado de no ser quirúrgicamente controlado, pueda llevar hasta a la muerte materna. Este tipo de hemorra-- gía puede presentarse incluso en el preoperatorio. En el trans operatorio ésta complicación deberá evitarse por la exploración innecesaria del sitio de implantación placentaria en casos difíciles; aunque algunos autores como el Dr. Fuentes Aguirre en Mé xico indica una exploración cuidadosa con compresas húmedas y - calientes, tomando la conducta de extracción placentaria dependiendo de su sitio de implantación. (3)

Existe un alto porcentaje de muerte fetal en el embara zo abdominal, y ésto lleva consigo una serie de complicaciones-- como son: Infección, la cual puede ser muy severa particularmen te cuando existe comunicación entre el producto o placenta con- el intestino, ésto en base a la relación bacteriana que se esta blece. En otras ocasiones el producto se momifica y forma un - litopedium, el cual tiende a ser expulsado ya sea por pared ab- dominal, intestino o vejiga, pudiendo llevar éste proceso años-

inclusive. Más raramente el feto es convertido en una masa grsa, amarillenta, que recibe el nombre de adipocere; además pueden producirse otras complicaciones como obstrucción intestinal, abscesos, fístulas, calcificaciones. (8)

Como consecuencia de dejar la placenta in situ, ha sido reportado por Williams, coagulopatía por consumo incluido hipofibrinogenemia, lo cual se desarrolló dos meses después de la extracción fetal.

La mortalidad fetal es tan alta llegando hasta el 90% según Castelazo Ayala y en gran parte está relacionada con la presencia de malformaciones congénitas, las cuales se presentan en un 50% de los casos aproximadamente, Botella atribuye éste hecho a la anoxia que se suscitara al traspasarse el huevo desde la trompa hacia el peritoneo, justo en un período crítico para la hematosis fetal (30). Winkel sin embargo las atribuye a la irregularidad y falta de espacio en la cavidad abdominal, -- compartiendo ésta última posibilidad Calandra y cols.

Otra de las razones por las cuales la mortalidad fetal es alta, esta relacionada con una inadecuada nutrición materno-placentaria-fetal dependiente de una implantación placentaria-ectópica poco favorable.

La mortalidad materna oscila alrededor del 10%, seña--

lando Ware en 1948 un 14.5% en 249 casos recolectados de la literatura mundial de 1935 - 1948, y como sería de esperarse con el desarrollo en técnicas quirúrgicas, mayor uso de transfusiones y un manejo multidisciplinario en éstos casos, se reduce ésta mortalidad materna y ya Strafford y Ragan en 1977 la establecen en 6% en sus reportes. (31)

Trejo y cols, en el Hospital de la Mujer en México de 1968 - 1980 en el manejo de 20 casos de embarazo abdominal reporta una mortalidad materna del 5% y fetal del 95%; señalando que las complicaciones maternas que tuvieron son consecuencia de las características de los hallazgos quirúrgicos, que fueron resueltos por cirujanos no poseedores del mismo grado de experiencia. (32)

MATERIAL Y METODOS

Se hace la presentación de el único caso que se ha presentado en la estadística del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petroleos Mexicanos de una paciente con embarazo abdominal a término con producto vivo, existe información no confirmada de la existencia de dos casos más de embarazos -- abdominales, ambos menores de 20 semanas de gestación y con productos muertos, diagnósticados y resueltos por via quirúrgica, de los cuales no fué encontrado su expediente en el archivo clínico del hospital.

El caso que nos ocupa representa la información del -- servicio de Gineco-obstetricia hasta el 19 de Noviembre de 1983 y desde el inicio de labores del hospital en el año de 1967.

PRESENTACION DEL CASO

Fecha de ler. Ingreso hospitalario. 22 Mayo 1983.

Nombre. A.V.A.

Ficha. 939138/08

Edad. 23 años.

Antecedentes Heredo-Familiares:

Abuela Materna Diabética. Tía Materna con Esterilidad-
Primaria.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Originaria de San Juan Iztacala Estado de México, desde los 14 años de edad radica en Cd. del Carmen Campeche. Procede de medio socio-económico bajo. Escolaridad 3er. de Primaria. Vive en Unión Libre. Dedicada a labores del hogar. Tabaquismo y Alcoholismo negados.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Refiere cuadro de blenorragia 2 años antes, tratada -- con penicilina, y dada de alta por curación. Antecedente de -- transfusión sanguínea hace 15 días en Cd. del Carmen Campeche, -- al parecer por cuadro anémico secundario a amenaza de aborto, --

siendo bien tolerada la transfusión (600 ml).

NIEGA ANTECEDENTES QUIRURGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca a los 13 años, ritmo menstrual 30/6, regular, -
eumenorreica, Inicio de vida sexual a los 14 años.

A los 15 años de edad tiene pareja sexual durante un -
año, con vida sexual muy irregular en frecuencia, separándose a
decir de la paciente por no poder embarazarse.

A los 16 años de edad tiene su segunda pareja sexual -
(la actual), con Esterilidad Primaria durante 6 años, los prime
ros 3 años con vida sexual regular y los últimos 3 irregular, -
por motivos de trabajo de su pareja, (Esterilidad sin haberse -
efectuado estudios al respecto), sin antecedente de haber utili
zado nunca algún método de control de fertilidad.

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION. 9 DE FEBRERO 1983.

Diagnóstico de embarazo en Cd. del Carmen Camp. donde
se le controló el primer trimestre del embarazo, cursando con -
amenaza de aborto.

PADECIMIENTO ACTUAL

Acude con 15 semanas de gestación por amenorrea, sangrado transvaginal escaso, asociado a dolor en hipogastrio de mediana intensidad, de 2 semanas de evolución, acudiendo al Hospital Central por encontrarse temporalmente en la Cd. de México D. F.

EXPLORACION FISICA

Paciente consciente, hidratada, palidez de tegumentos leve, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen sin datos de irritación peritoneal, se ausculta foco fetal con Doppler y es normal. A la exploración ginecológica, cervix de nulípara, cerrado, sin sangrado y se aprecia leucorrea escasa fétida, al tacto vaginal se percibió útero ocupado con crecimiento uterino de acuerdo clínicamente con la amenorrea. Anexos no palpables.

IMPRESION DIAGNOSTICA. AMENAZA DE ABORTO DE 15 SEMANAS

VAGINITIS

EVOLUCION Y TRATAMIENTO

Se maneja con antisépticos vaginal y antimicrobianos sistémicos, se efectuó determinación de gonadotropinas coriónicas, las cuales se reportaron en 64 mil mu/ml de sangre, Hemo--

globina de 9.3 g%, leucocitos de 19,700/cc, con 38% de neutrófilos y 0 bandas. Se consideró la posibilidad diagnóstica de Infección de vías urinarias por clínica; la paciente evoluciona favorablemente y al tercer día de hospitalizada es egresada completamente asintomática, con diagnósticos de Amenaza de Aborto + Infección de vías urinarias y vaginitis en remisión y con tratamiento.

Continua su control prenatal como paciente externa, en forma regular, sin detectarse mayores alteraciones siendo prescrito hierro oral únicamente.

A las 37 semanas de gestación acude al servicio de urgencias por referir dolor abdominal de mediana intensidad, asociado a sangrado transvaginal escaso, siendo egresada de éste servicio el mismo día con diagnóstico emb 37 semanas, en situación transversa y sin trabajo de parto. Fué dada de alta en buenas condiciones sin mayores alteraciones.

Por persistir el producto en situación transversa se decide su internamiento a las 39 semanas de gestación sin trabajo de parto.

Durante su internamiento se efectúan pruebas cardiograficas sin stress cada 48 horas para valorar el estado fetal, y el día 19 de noviembre de 1983 se presenta taquicardia -

fetal de 170 latidos por min, persistiendo el producto en situación transversa (confirmado radiológicamente), y con antecedente de registros cardiocográficos previos en frecuencias cardiacas fetales normales; por lo que se decide la interrupción del embarazo via abdominal con el diagnóstico de Embarazo de 39 semanas, en situación transversa y con sufrimiento fetal inicial.

Bajo bloqueo peridural, incisión media infraumbilical, se realiza laparotomía, efectuandose el diagnóstico transoperatorio de Embarazo Abdominal y procediéndose a la extracción del producto, el cual se realiza sin problemas, obteniéndose un producto único vivo del sexo femenino, con peso de 3360 gr y con Apgar de 8 - 9, al minuto y 5 minutos respectivamente, en buenas condiciones generales y sin malformaciones congénicas aparentes, atendido por el servicio de Pediatría. Se aprecia el sitio de inserción placentaria en epiplón mayor y adherida firmemente a asas de intestino delgado, a la altura de yeyuno; posterior a la extracción fetal se observa sangrado activo en margen superior de la placenta, por lo que se amplía la incisión de pared a supraumbilical y se procede a la ligadura de vasos que abastecían a la placenta y que sangraban activamente, siendo ubicados éstos a nivel de yeyuno y macroscopicamente engrosados, cediendo el sangrado activo pero persistiendo en capa, por lo que se efectúa presión con compresa húmeda, cediendo el sangrado, se retiró compresa, se corrobora hemostasia, se dejan cana-

lizaciones a ambos espacios subfrénicos y corredores parieto-có-
licos, sacandose por contravertura a piel, se dejaron puntos --
subtotales, y el tiempo quirúrgico fué de 2 hr. El manejo de -
anestesiología incluyó anestesia general, orointubada durante -
el transoperatorio, habiendosele administrado a la paciente: --

5000 ml de Cristaloides.

2400 ml de Sangre total

2000 ml de Haemacel

50 ml de Albúmina

Además de la administración de electrolitos, furosemi-
de y atropina.

El sangrado calculado fué 4500 ml, saliendo la pacien-
te de sala de operaciones con tensión arterial de 110/80 y pa-
sando a la unidad de terapia intensiva para su manejo post-ope-
ratorio inmediato; y al tercer día posterior pasa a su área de-
hospitalización cursando un post-operatorio favorable y siendo-
egresada al llavo día de la laparotomía.

El producto evoluciona satisfactoriamente y en condi-
ciones de ser egresado del cunero normal desde el segundo día de
nacimiento, sin malformaciones congénitas.

A los 39 días de post-operatorio, madre e hija con bue-
na evolución y refiriendo la paciente expulsión vaginal de teji

do de aspecto organizado en forma de "pera" (prob. molde decidual) 15 días antes.

A los 30 días de post-operada presenta 2000 U de gonadotropinas coriónicas coriónicas en orina y a los 2 meses se encuentran negativas.

Se le efectuó una Tomografía axial computada de abdomen para valorar condiciones placentarias, reportándose placenta intrabdominal de 15.3 x 10.5 cm, adherida a asas de intestino delgado, y el utero muy discretamente aumentado de tamaño.

A los 65 días de post-operatorio, se presenta la paciente a urgencias con cuadro febril de 8 días de evolución, -- asociado a dolor abdominal difuso, presentando en ese día 39.0° C y siendo fácilmente palpable la masa abdominal que correspondería a la placenta, sin apreciarse clínicamente involución respecto a valoraciones previas, el caso fué manejado conjuntamente con Medicina Interna, estableciéndose el diagnóstico de Abscesos abdominales en placenta no involucionada, siendo tratada con antimicrobianos y decidiéndose laparotomía para extracción placentaria a los 73 días de la primera intervención; efectuándose la operación sin accidentes, y extrayendo la placenta, la cual se encontraba rodeada y adherida a epiplón en su mayor parte y en pequeña proporción a asas de intestino delgado (yeyuno) mediante adherencias laxas, las cuales fueron liberadas en forma

manual sin complicaciones. La paciente fué egresada al 40. día de post-operada en perfectas condiciones y afebril.

El reporte histopatológico de la pieza remitida fué: - Tejido placentario hialinizado y con calcificaciones múltiples.

Al año posterior a la segunda laparotomía, es revisada la paciente nuevamente, encontrandose en perfectas condiciones de salud al igual que su hija según valoración pediátrica respectiva, siendo ambas dadas de Alta.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Hasta el momento actual no existe un acuerdo generalizado respecto al manejo de ésta rara entidad obstétrica, producto seguramente de su baja incidencia y como consecuencia, de la poca experiencia que de ello queda; y es por eso que resulta de la mayor importancia el que sean publicados todos los casos de embarazo abdominal atendidos en las distintas Instituciones de Salud, para que sus resultados puedan ser analizados y evaluados por todo el personal médico que atiende pacientes obstétricas, y de esta forma pueda ofrecérseles la mejor alternativa dependiendo individualmente del caso que se trate.

La tendencia sin embargo en la mayor parte de la literatura consultada, es hacia la resolución del embarazo en forma electiva, posterior a haberse efectuado el diagnóstico de embarazo abdominal; esto seguramente ha contribuido hacia la disminución de la morbimortalidad materna, no así la perinatal que continúa siendo muy elevada, más aún de que esta conducta no espera la viabilidad fetal para decidir la terminación de la gestación, y que en un porcentaje alto el diagnóstico se hace cuando el feto ya ha muerto.

Continúa siendo la hemorragia transoperatoria la principal complicación referida por los distintos autores, y ésto - está directamente relacionado con el manejo que se haga de la - placenta, lo que sigue siendo una de las decisiones claves en - el manejo de éstos casos, aconsejándose su extracción en el primer tiempo quirúrgico, solo cuando su inserción así lo permita - en una forma sencilla y sin llevar a cabo exploraciones innecesarias de su sitio de implantación, ya que ésto incrementa el - riesgo de desprendimiento y como consecuencia hemorragia de difícil manejo.

Respecto a la utilización de medicamentos anti-trofo--blasto, es aún controvertido su beneficio, en el caso particular por nosotros manejado no consideramos prudente su uso, en - base a que las condiciones generales de la paciente no eran óptimas como para permitir éste tipo de manejo agresivo. Recientemente ha sido publicado efectos negativos posterior a su uso - en el tratamiento de placenta dejada en cavidad abdominal, posterior a extracción fetal.

Una de las razones por la que se decide no llevar a la viabilidad a los fetos, ha sido relacionada con una alta incidencia de malformaciones congénitas incompatibles con la vida - extrauterina, por lo que cuando la conducta que se decidiera -- fuera conservadora, lo indicado será llevar a cabo un estudio - ultrasonografico minucioso, con el propósito de estudio de la -

anatomía fetal, y en el caso de encontrar malformaciones congénitas, no prolongar más la gestación.

Otra situación de importancia en el diagnóstico, es -- que habrá que tomar en cuenta siempre factores que se le relacionan como antecedente de afección tubaria, ya sea consecuencia directa de intervención quirúrgica sobre anexos o infecciones pelvi-genitales ejemplo enfermedades venereas, como fué el caso que se presenta; otros factores de importancia son: situaciones fetales anormales, obito, mucha facilidad para la palpación de partes fetales a través de pared abdominal, movimientos fetales frecuentemente asociados a dolor abdominal etc.. por lo que ante la sospecha clínica fundamentada, deberá recurrirse a todos los métodos diagnósticos disponibles para confirmar o descartar la posibilidad de embarazo abdominal; ya que cuando no se tiene en mente, motiva tardanza en el mismo y no con poca -- frecuencia se llega a el diagnóstico durante la laparotomía por indicación cesarea en base a otras razones, como fué el caso -- que ahora describimos.

Para concluir quisiera señalar que no por ser el embarazo abdominal una entidad clínica rara, es de menor importancia, por lo que todo el personal médico involucrado en el manejo de las pacientes obstétricas, deberá estar bien informado respecto a éste problema, ya que de su diagnóstico oportuno dependerá en gran parte el éxito en su manejo.

BIBLIOGRAFIA

1. Moreno Bonet y Cols. Embarazo Abdominal, Revista Revisión - Gineco-Obstétrica del Hospital de la Mujer, SSA. México - - 26 - 38. 1973.
2. Novak y cols. Embarazo Ectópico. Tratado de Ginecología, - 10 a. Edición, Editorial Interamericana. 636 - 658, 1984.
3. Fuentes Aguirre S. Tres casos de Embarazo Ectópico Abdomi-- nal y su Tratamiento. Ginecología y Obstetricia de México,- Vol. XX. 669 - 685, 1965.
4. Studdiford, W.E. Primary peritoneal pregnancy. Am J. Obst.- Gynecol. 44: 487, 1942
5. Cavanagh. D. Primary peritoneal pregnancy. Am. J. Obst. Gy- necol. 76: 523, 1958.
6. Friederich, M. A. Primary omental pregnancy. Obstetrics ang Gynecology, Vol. 31 No. 1, 104 - 109. 1968.
7. King EL, Postoperative separation of the cesarean section - wound, with subsequent abdominal pregnancy. Am. J. Gynecol. 24: 421, 1932.
8. Williams, et, al. Abdominal pregnancy, Obstetrics, Sخته-- nth edition, Appleton Century-Crofts. 545-546; 1980.
9. Nash, T. G. et, al. Extrauterine pregnancy. Nursing Times,- 1623 - 1624, October 17 1974.

10. Dibene Geraldo N. B. Embarazo Abdominal, Revisión de 10 - - años en el Hospital de la Mujer, SSA, México, Facultad de - Medicina UNAM. 1979.
11. Persaud V. Etiology of tubal ectopic pregnancy. Obst Gynecol. 36:257. 1970.
12. Erkkola R, Liukko, P; Intrauterine device and ectopic pregnancy, Contraception 16:569; 1977.
13. Stratford, B. F. Abnormalities in early human development, - Am. J. Obst. Gynecol, 107:1223, 1970.
14. Poland, B.J. y cols. Embryonic development in ectopic human pregnancy, Teratology, 14:315, 1976.
15. Kaser, O. Embarazo Ectópico, Ginecología y Obstetricia, Tomo I. 4a. Reimpresión de la 1a. Edición. Editorial Salvat- 653-654, 1976.
16. Castelazo Ayala, L. Evoluciones Anormales durante el Embarazo. Obstetricia, Tomo II. 5a. Edición, Editorial Méndez -- Oteo 528 - 561. 1978.
17. Friederich, E and Rankin. Primary pelvic peritoneal pregnancy, Obstetrics and Gynecology, Vol. 31, No. 5: 649-652.- 1968.
18. Iffy, L. Contribution to the pathological mechanism of ovarian abdominal and cervical pregnancies. Gynaecologia (Basel) 153:188. 1962.
19. Arias-Stella, J. Atypical endometrial changes associated -- with the presence of chorionic tissue. Arch. Pathol 58:112, 1954.

20. Sturgis, S.H. Arias-Stella phenomenon. Am. J. Obst. Gynecol. 116:589, 1973.
21. O'Sullivan, J. F. Advanced extra-uterino pregnancy. I.J. -- Med. Seventh series, Vol. 2, No. 1: 27 - 30 January 1965.
22. Hertz, R.H. Diagnostic studies and fetal assessment in advanced extrauterine pregnancy. Obst. and Gynecol. 50:63. -- 1977.
23. Orr, J. W. Huddleston J.F. False negative oxytocin challenge test associated with abdominal pregnancy. Am. J. Obst. - Gynecol. 133:108. 1979.
24. Renaud R. et al, Revuê generale. Les grossesses abdominales apres le sixieme mois revue de la littérature a pros de 8 cas. Gyn. Obst. (Paris) 1969, T68, No. 3 (297 - 318).
25. Graham D y cols. Sonographic findings in abdominal pregnancy. J. Ultrascund. Med. 1982 (71 - 74)
26. Golbus MS; Swat RL. Attempted prostaglandin abortion en two cases of abdominal pregnancy. Contraception, Vol. 13; - - 385 - 388, March 1976.
27. Urrutia y cols. Embarazo abdominal secundario de término -- con niño vivo Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. XXXV, No. 4 177 - 182 1970.
28. St. Clair JT et. al, Methotrexate in abdominal pregnancy. - JAMA Vol. 208, No. 3: 529 - 531. April 21. 1969:
29. Mohammad S y cols. Advanced abdominal Pregnancy. Obst. Gynecol 59:336- 372, March 1982.

30. Botella Llusia y cols. El Embarazo Abdominal y Ovárico. Tratado de Ginecología. Tomo II, 9a. Edición. Editorial Científico Médica, 388-390 1972.
31. Strafford J.C., Ragan WD. Abdominal Pregnancy. Review of --
Current Management, Obstet. Gynecol. 50:548. 1977.
32. Trejo R, y col. Embarazo abdominal, Revisión de 20 casos. -
Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 49, No. 292. - -
(89-99).